

STATISTISCHE
UND KATAMNESTISCHE ERHEBUNGEN
AN 29 KLINISCHEN FÄLLEN
VON
SYMPTOMARMER SCHIZOPHRENIE

Friedrich Hahn

Berlin 1973

1974

Aus der Nerven-Klinik der Universität München

Direktor: Prof.Dr. H. Hippus

STATISTISCHE UND KATAMNESTISCHE ERHEBUNGEN
AN 29 KLINISCHEN FÄLLEN
VON SYMPTOMARMER SCHIZOPHRENIE

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Friedrich Hahn

aus
Berlin

Jahr
1973

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät München

Berichterstatter:	Prof.Dr.med. H. Dietrich
Mitberichterstatter:	Prof.Dr. H. Hippius
Dekan:	Prof.Dr. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	26. 3. 1974



Inhaltsverzeichnis

	Seite
EINLEITUNG	1
ZAHLENMÄßIGES VORKOMMEN VON SYMPTOMARMER SCHIZOPHRENIE IM KLINISCHEN KRANKENGUT .	5
Methode	6
Ausführung	8
Ergebnis	11
SYMPTOMATIK DER SYMPTOMARMEN SCHIZOPHRENIE	15
FALLBEISPIELE	25
1. Fall: "Symptomarme Schizophrenie" . .	25
2. Fall: "Schizophrenia simplex"	26
3. Fall: "Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie"	28
4. Fall: "Katatonie"	29
5. Fall: "Pseudoneurotische Schizophrenie"	29
VERLAUFSBEOBACHTUNGEN	31
Unterlagen für die Verlaufsbeobachtung .	31
Schweregrad des Verlaufs	33
a) Erkrankungsalter	38
b) Präklinisches Intervall	40
c) Zahl der Symptome	44
d) Krankheitseinsicht	46

Modalitäten des Klinikaufenthaltes . . .	49
Symptomarme Defektschizophrenie	52
Suizidgefährdung der symptomarmen Schizophrenie	55
DISKUSSION	57
ZUSAMMENFASSUNG	60
Literaturverzeichnis	61

EINLEITUNG

Symptomarm ist ein Wort aus dem allgemeinklinischen Sprachgebrauch, das sowohl auf somatische Krankheiten als auch auf Geisteskrankheiten anwendbar ist.

Als Adjektiv vor eine Diagnose gesetzt bedeutet es, daß der so diagnostizierte Patient zwar an der genannten Krankheit erkrankt ist, die Zahl der Symptome aber, die dieser Patient zeigt, geringer ist, als man es aus der Erfahrung und aus der Literatur kennt.

In der Psychiatrie ist der Begriff symptomarme Schizophrenie ein Terminus ¹⁾.

Oligosymptomatisch ist dabei ein genaues Synonym für symptomarm, angeglichen dem "oligosymptomatic" im angelsächsischen Schrifttum ²⁾.

S.Arieti beschreibt in dem unten genannten Werk solche oligosymptomatischen Schizophrenien und deren präzise systematische Einteilung.

¹⁾ z.B. Wyrsh, J., Zur Psychotherapie symptomarmer Schizophrenien, 1945, S.347 ff.; und Blankenburg, W., Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit (Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien), 1971.

²⁾ z.B. Arieti, S., American Handbook of Psychiatry, 1959/1966, chapter 23, "oligosymptomatic forms of schizophrenia".

Interessanterweise fehlt in den gängigen deutschsprachigen Lehrbüchern der Psychiatrie ³⁾ eine Erwähnung der symptomarmen Schizophrenie.

Bei der Beschreibung S. Arieti's taucht öfter der Begriff "mild cases" auf. Daraus könnte man ableiten, daß die symptomarmen Schizophreniefälle generell "mild cases" sind. Eine derartige Auffassung liegt schon früheren Beobachtungen von A. Friedmann und Gaupp ⁴⁾, A. Kronfeld ⁵⁾ und L.M. Rosenstein ⁶⁾ über "Schizophrenia mitis" oder "milde Schizophrenieformen" zugrunde. Dabei ging es zum Teil um relativ homogene Patientengruppen aus ambulantem Krankengut.

Den genannten Beobachtungen gegenüber steht eine andere Form von symptomarmer Schizophrenie: Die Schizophrenia simplex, die zwar symptomarm zu

³⁾ s. Bleuler, E., Lehrbuch der Psychiatrie, 1966
Mayer-Groß, W., Klinik der Schizophrenie, 1932
Weitbrecht, H.J., Psychiatrie im Grundriß,
1963/1968, Leonhard, K., Aufteilung der endogenen Psychosen, 1957

⁴⁾ Friedmann, A. u. Gaupp, Paranoia mitis, 1924

⁵⁾ Kronfeld, A., Einige Bemerkungen über Schizophrenia mitis, 1928

⁶⁾ Rosenstein, L.M. Das Problem der milden Schizophrenieformen, 1933

nennen ist aber durchaus nicht zu den "milden Fällen" zu rechnen ist. Der Begriff wurde erstmalig von O. Diem ⁷⁾ als "Dementia simplex" konzipiert und später von E. Bleuler ⁸⁾ als "Schizophrenia simplex (primäre Demenz früherer Autoren)" präzisiert. E. Bleuler verwendet auch fast synonym zur Schizophrenia simplex den Begriff der "latenten Schizophrenie", der heute wegen seiner Ungenauigkeit nicht mehr gebräuchlich ist, der aber auch auf die symptomarme Schizophrenie im allgemeinen anwendbar ist. So haben auch spätere Autoren den Begriff der Schizophrenia simplex ⁹⁾ oder den damit identischen Begriff der "einfachen Schizophrenie" ¹⁰⁾ nicht immer so scharf von der symptomarmen

⁷⁾Diem, O., Dementia simplex, 1903

⁸⁾Bleuler, E., Lehrbuch der Psychiatrie, 1911

⁹⁾Reichhardt, Allgemeine und spezielle Psychiatrie, 1918

Kretschmer, E., "Versickern der strömenden Energie auf der freien Strecke des Lebens" in Weitbrecht, H.J., 1963

¹⁰⁾Wyrsh, J., Zur Psychopathologie einfacher Schizophrenien, 1940

Cornu, F., Katamnestische Erhebungen über den Verlauf einfacher Schizophrenien, 1958; Ders., Psychodynamische und pharmakopoetische Aspekte bei einfachen Schizophrenien, 1960

Schizophrenie abgetrennt, wie dies J. Wyrsh ¹¹⁾ tut und wie es zur Klarstellung und Abgrenzung symptomarmer schizophrener Krankheitsbilder auch nötig ist.

Insgesamt ist die Literatur über symptomarme Schizophrenie im Vergleich zu der über andere Schizophrenieformen, insbesondere über paranoid-halluzinatorische Schizophrenie wenig umfangreich, was schon übereinstimmend von L.M. Rosenstein (1933), J. Wyrsh ¹²⁾ und W. Blankenburg ¹³⁾ erwähnt wird.

¹¹⁾ Wyrsh, J., Zur Psychotherapie symptomarmer Schizophrenien, 1945

¹²⁾ s. Wyrsh, J., Die Person des Schizophrenen, 1949

¹³⁾ s. Blankenburg, W., 1971, S. 1-3

ZAHLENMÄßIGES VORKOMMEN VON SYMPTOMARMER SCHIZOPHRENIE IM KLINISCHEN KRANKENGUT

Die vorliegende Arbeit versucht nun die symptomarme Schizophrenie im klinischen Krankengut zu erfassen. Ausgangspunkt ist dabei, daß frühere Autoren entweder isoliert die Schizophrenia simplex betrachten ¹⁴⁾, oder ausgewählte Fälle von symptomarmer Schizophrenie unter einem bestimmten Aspekt abhandeln ¹⁵⁾, oder aber als symptomarme Schizophrenie nur die milden Verläufe (Schizophrenia mitis) beschreiben ¹⁶⁾.

Über das zahlenmäßige Vorkommen der symptomarmen Schizophrenie werden früher wie heute allenfalls Vermutungen geäußert ¹⁷⁾.

Als zweiter Ansatzpunkt für die Erfassung von symptomarmen Schizophreniefällen im klinischen Krankengut dient folgende Beobachtung:

1. Waren auch bei den genannten Autoren ¹⁸⁾ bei den symptomarmen Schizophrenien klinische Fälle dabei;

¹⁴⁾ s. Fußnote 7), S.3 und Fußnote 10), S.3

¹⁵⁾ s. Fußnote 1), S.1

¹⁶⁾ s. Fußnote 2), S.1 und Fußnote 4), 5) u. 6), S.2

¹⁷⁾ s. Bleuler, E., 1911 und Arieti, S., 1959 und Dietrich, H., Psychiatrie in Stichworten, 1969, S.38

¹⁸⁾ Insbesondere Blankenburg, W., 1971 und Wyrsh, J., 1945

2. waren bei den von mir gesichteten klinischen Schizophreniefällen die Diagnose symptomarme Schizophrenie vertreten ¹⁹⁾.

Methode

Es wurden nun unter den stationären Patienten der Nervenlinik in München in den Jahrgängen 1960, 1961 und 1962 ²⁰⁾ alle männlichen ²¹⁾ Schizophrenen herausgesucht. Dies waren insgesamt 244 schizophrene Patienten, die in dem genannten Zeitraum von 3 Jahren 295 stationäre Klinikaufenthalte verbrachten ²²⁾.

¹⁹⁾ s. S. 8 und 11

²⁰⁾ Die Auswahl des etwas zurückliegenden Zeitraumes ermöglichte eine längere Katamnese. Drei Jahrgänge ergaben eine praktikable Gesamtzahl, außerdem aber auch einen besseren Überblick und eine geringere Wahrscheinlichkeit für zufällige Häufungen.

²¹⁾ Die Beschränkung auf die männlichen Schizophrenen hat nur einen rein praktischen Grund (und keinerlei methodischen): Es war eine korreferierende Arbeit über weibliche Patientinnen als Dissertationsthema vergeben und mündlich weitgehend abgesprochen. Das Thema wurde dann später zurückgegeben, als die vorliegende Arbeit stoffmäßig bereits abgeschlossen war.

²²⁾ Die Differenz ergibt sich aus Mehrfachaufenthalten einzelner Patienten in dem dreijährigen Zeitraum.

Das Heraussuchen der symptomarmen Fälle aus diesem Krankengut sollte nun nach rein quantitativen Gesichtspunkten gemäß der wörtlichen Definition - symptomarm = wenige Symptome - geschehen. Dabei sollten folgende zwei Voraussetzungen als feste Größen gelten:

1. Die Diagnose Schizophrenie wurde ungeprüft übernommen. Der hier angewandte "Schizophreniebegriff" entspricht also der gängigen, praktischen, klassischen Psychiatrie.
2. Die Symptome wurden rein ihrer Quantität nach verarbeitet und nicht ihrer Qualität nach oder ihrer Wertigkeit.

Die Symptome wurden so aufgeführt wie sie expressis verbis in den bearbeiteten Klinikaufenthalten beschrieben worden sind. Ihre Erfassung und Einteilung geschah in Anlehnung an das Bleuler'sche Schema der primären und sekundären schizophrenen Symptome ²³⁾. Diese Einteilung wurde dann aber noch einmal nach dem Schema im "AMP-System" überarbeitet ²⁴⁾.

²³⁾ s. Bleuler, E., 1966, S.357-388, die Symptom-einteilung K. Schneiders nach der Rangordnung (s. Weitbrecht, H.J., S.338 ff.) blieb unberücksichtigt, da sie in den Krankenblättern auch kaum verwendet wurde.

²⁴⁾ s. Das AMP-System, 1972, S.10/11

Ausführung

Beim ersten Erfassen und Durchlesen der Gesamtzahl der schizophrenen Patienten stellte sich heraus, daß es unmöglich war alle 244 Patienten so sicher zu überschauen, daß man dann nach einfachen numerischen Kriterien die symptomarmen hätte herauswählen können. Die Tatsache, daß unter den Schizophreniefällen bereits Diagnosen erstellt waren, die auf eine Symptomarmut hinwiesen ²⁵⁾, wirkte sich eher störend und verwirrend aus, da diesen eher sporadisch gestellten Diagnosen eben gerade nicht das hier einheitlich konzipierte quantitative Prinzip zugrunde lag.

Bei der Problemlösung half die Überlegung weiter, daß es prima vista leichter war die von vornherein bunten und auffälligen Schizophreniefälle herauszulesen. Durch den Wegfall der deutlich paranoid-halluzinatorischen, katatonen und hebephrenen Schizophrenien sowie der Wahnkrankheiten und

²⁵⁾ z.B. klinische Diagnose: symptomarme (stumme, blande) Form einer Schizophrenie (8 Fälle), Schizophrenie simplex (5 Fälle), Pseudoneurotische Schizophrenie (14 Fälle); über pseudoneurotische Schizophrenie s. auch Hoch, P.H. and Polatin, P.H. (1949), Hoch, P.H. et alii (1962); Ristic, J. und Wolf, N., (1960) und Arieti, S., (1959)

Paraphrenien blieben dann schließlich 71 Fälle für die engere Auswahl übrig. Diese 71 Schizophreniefälle waren besser zu überschauen. Ihre Krankenblätter wurden dann noch mehrmals durchgelesen. Die Daten und Informationen der einzelnen Patienten wurden nach den Gesichtspunkten, die in den späteren Kapiteln beschrieben werden, ausführlich auf Karteikarten katalogisiert.

Dadurch waren auch die Symptome nach Zahl und Art erfasst. Nun konnte also auch die Symptomarmut der einzelnen Fälle numerisch belegt werden. Unter den vorausgewählten 71 Fällen schwankte die Zahl der Symptome, die während des beschriebenen Klinikaufenthaltes beobachtet worden waren ²⁶⁾, zwischen 3 und 11 Symptomen. Eine stichprobenartige Auszählung bei den "bunten" Fällen hatte übrigens Symptom-Anzahlen von 8 bis 20 ergeben. Das Merkmal der Symptomarmut konnte nun ganz offensichtlich und mit Sicherheit den Fällen mit wenigen Symptomen, also mit 3 oder 4 Symptomen zugesprochen werden. Die Abgrenzung zu den symptomreicheren Fällen allerdings bereitete zunächst Schwierigkeiten.

Es zeigte sich aber, wie aus Tabelle 1 hervorgeht,

²⁶⁾ Bei einigen Patienten wurden 2 in den Beobachtungszeitraum 1960-62 fallende Klinikaufenthalte ausgewertet. (s.auch Fußnote 22), S.6

daß zwischen 5 oder 6 Symptomen eine gewisse Cae-sur festzustellen war. Auch der direkte Vergleich zwischen den Fällen mit ähnlicher Symptomzahl bestätigte diese Beobachtung.

Eine scharfe Grenze zu ziehen zwischen symptomarmen Fällen und symptomreicheren erschien zwar etwas willkürlich, aber unter Vernachlässigung einer Ungenauigkeit von ± 4 Fällen (entspricht ca 10 %) konnte man jetzt doch rein von der Symptomenzahl her eine Gruppe von symptomarmen Schizophrenien von den übrigen Schizophreniefällen abtrennen und unterscheiden.

Ergebnis

Die so gefundene Gruppe von symptomarmen Schizophrenien umfasst 29 Patienten. Das sind grob 10 bis 15 % der insgesamt in der Klinik vorkommenden Schizophrenien. Diese symptomarmen Fälle zeigten 3 - 5 Symptome (s. Tabelle 1). Nach ihren klinischen Diagnosen schlüsseln sie sich wie aus Tabelle 2 folgt auf. Bemerkenswert ist dabei, daß Patienten, deren klinische Diagnose auf Symptomarmut schließen lassen könnte (3 Fälle mit "symptomarme Schizophrenie", 2 Fälle mit "Schizophrenia simplex" und 6 Fälle mit "pseudoneurotischer Schizophrenie"), nicht in diese Auswahl der symp-

tomarmen Schizophrenien kamen, da sie mehr als 5 Symptome aufwiesen. Dem gegenüber hatten unter den 29 ausgewählten Fällen nur 16 (das entspricht 60 %) in ihrer klinischen Diagnose einen Hinweis auf ihre Symptomarmut (4 Fälle "symptomarme Schizophrenie", 4 Fälle "Schizophrenia simplex" und 8 Fälle "pseudoneurotische Schizophrenie").

Daraus läßt sich schließen, daß "symptomarm" ein eher sporadisch gebrauchter Diagnosezusatz ist, der dem subjektiven Empfinden des jeweiligen Untersuchers unterworfen ist, sicher aber nicht - dem Wortsinn entsprechend - rein durch die Zahl der Symptome definiert ist.

Tabelle 3 zeigt im Vergleich zu Tabelle 2 die Aufschlüsselung aller 244 Schizophreniefälle nach ihren Diagnosen. Es fällt auf, daß keine einzige Hebephrenie den symptomarmen Fällen zugeordnet werden konnte. Auch die zahlenmäßige Aufteilung der anderen Untergruppen differiert beträchtlich zwischen Schizophrenie allgemein und symptomarmer Schizophrenie. So ist die paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, die insgesamt 2/5 aller Schizophreniefälle ausmacht, und die Katatonie mit je einem Fall in der symptomarmen Gruppe vergleichsweise unterrepräsentiert

T a b e l l e 2

Verteilung der klinisch gestellten Diagnosen

<u>Symptomarme Schizophrenie</u>	<u>29 Fälle</u>
Schizophrenie ²⁷⁾	15 "
Schizophrenia simplex	4 "
Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie	1 Fall
Katatonie	1 "
Pseudoneurotische Schizophrenie	8 Fälle

T a b e l l e 3

Verteilung der klinisch gestellten Diagnosen

Alle Schizophreniefälle insgesamt 244 Fälle

Schizophrenie ²⁷⁾	38 "
Schizophrenia simplex	6 "
Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie	102 "
Katatonie	30 "
Hebephrenie	28 "
Pseudoneurotische Schizophrenie	14 "
Wahnkrankheiten ²⁸⁾	26 "

²⁸⁾ auch Paraphrenien u.ä.

oder nur zufällig vertreten. Dem gegenüber machten die nicht einer Untergruppe zugeordneten Schizophreniefälle (s.S. 10, Fußnote ²⁷) der symptomarmen Gruppe die Hälfte, bei allen Schizophreniefällen jedoch nur ca 15 % aus. In einer deutlich höheren relativen Häufigkeit sind erwartungsgemäß die Schizophrenia simplex und pseudoneurotische Schizophrenie der symptomarmen Gruppe vertreten. Dabei ist aber ausdrücklich festzuhalten, wie bereits oben erwähnt, daß diese beiden Unterformen auch außerhalb der symptomarmen Gruppe anzutreffen sind.

SYMPTOMATIK DER SYMPTOMARMEN SCHIZOPHRENIE

Ausgehend davon, daß es möglich war, nach dem Wortsinn nach rein quantitativen Kriterien eine Gruppe von symptomarmen Schizophreniefällen aufzustellen, was aber in Bezug auf die Abgrenzung zu den symptomreicheren Fällen wegen des relativ kontinuierlichen Überganges eine Ermessensentscheidung war (s. Tabelle 1), soll im Folgenden nun durch Analysieren der vorkommenden Symptome die Berechtigung für eine solche Abgrenzung untersucht werden.

Wie im Vorausgegangenen bereits beschrieben, wurden die Symptome gezählt und katalogisiert. So zeigt Tabelle 4 die grobe Unterteilung in primäre und sekundäre Symptome. Aus Tabelle 4 läßt sich ablesen, daß insgesamt die primären Symptome deutlich die sekundären Symptome überwiegen (86 primäre Symptome gegenüber 40 sekundären Symptomen, Verhältnis 2:1). Dabei teilen sich die Häufigkeiten einer Symptomenkategorie pro Patient ziemlich genau nach der Galton'schen Zufallskurve. Fast die Hälfte der Patienten (14) weisen 3 primäre Symptome auf, während jeweils über 1/3 der Patienten (12 bzw. 11) 1 oder 2 sekundäre Symptome zeigen. Diese Verteilung spiegelt

T a b e l l e 4

Symptomzahl	primäre					sekundäre				
	1	2	3	4	5	0	1	2	3	
Schizophrenie		4	7	3	1	4	6	4	1	
Schizophrenia simplex			2	2			3	1		
Paranoid-halluzina- torische Schizo- phrenie			1					1		
Pseudoneurotische Schizophrenie	1	3	3	1			2	5	1	
Gesamt (29 Fälle)	1	7	14	6	1	4	12	11	2	

sich nicht nur in der Gesamtzahl der Patienten der symptomarmen Gruppe wieder, sondern ebenso jeweils bei den einzelnen Untergruppen, so weit sich überhaupt dort eine statistische Aussage machen läßt (paranoid-halluzinatorische und katatonische Schizophrenie sind ja nur jeweils durch einen Fall vertreten). Hervorzuheben ist noch, daß 4 Patienten überhaupt kein sekundäres Symptom aufweisen.

Das Verhältnis der primären zu den sekundären Symptomen beim einzelnen Patienten, (was nicht ohne weiteres aus der Tabelle 4 hervorgeht) zeigt alle möglichen Kombinationen zwischen den Extremen 4:0 und 5:0 und dem umgekehrten Verhältnis 1:3. Die häufigsten Kombinationen sind - wie statistisch zu erwarten - 3 primäre und 2 sekundäre Symptome (6 Fälle), 3 primäre und 1 sekundäres Symptom (5 Fälle). Für alle übrigen Konstellationen ergeben sich keine signifikanten Häufigkeiten.

Zum Vergleich mit den übrigen symptomreicheren Schizophreniefällen stehen mir wieder nur stichprobenartige Auszählungen zur Verfügung. Bei diesen zeigt sich aber fast durchweg bei größerer Symptomenzahl das Auftreten der primären und sekundären Symptome im Verhältnis 2:1 bis 1:1.

Nur ganz selten, ebenso wie in der symptomarmen Gruppe, überwiegen dort die sekundären Symptome (in der symptomarmen Gruppe ein Fall mit Schizophrenie mit 2 primären und 3 sekundären Symptomen und ein Fall mit pseudoneurotischer Schizophrenie mit 1 primären Symptom und 3 sekundären Symptomen). Tabelle 4 zeigt noch, daß bei den nicht weiter differenzierten Schizophreniefällen und bei der Schizophrenia simplex immerhin sekundäre Symptome auftreten, die bei den ersteren manchmal verschiedenen Untergruppen geordnet werden könnten (z.B. 1 katatonies und 1 paranoides Symptom). Dies könnte auch ein Grund dafür gewesen sein, daß solche Schizophreniefälle nicht weiter in eine Untergruppe eingeteilt worden sind.

In Tabelle 5 sind nun alle ausgewerteten Symptome aufgeführt und in einer Untergruppe vorkommende Häufigkeit angegeben. Die Aufstellung lehnt sich so eng wie möglich an die Einteilung nach dem "AMP-System" ³²⁾ an. Vermutete und sehr undeutliche Symptome kamen nicht zur Auswertung. Über die Ausprägung der Symptome kann nichts statisti-

³²⁾ Das AMP-System, Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (Red. Ch. Scharfetter), 1972, S. 10/11 u. S. 40-74

T a b e l l e 5

Die bei den symptomarmen Fällen vorkommenden
Symptome, ihre Häufigkeit und ihre Verteilung

Sch = Schizophrenie
S.s. = Schizophrenia
simplex
P.H. = Paranoid-hallu-
zinatorische
Schizophrenie
K = Katatonie
Ps. = Pseudoneurotische
Schizophrenie

	Sch	Ss	PH	K	Ps
<u>AUFMERKSAMKEIT UND</u> <u>GEDÄCHTNIS</u>					
Konzentrationsstörungen	1	1			1
<u>FORMALE DENKSTÖRUNGEN</u>					
formale Denkstörungen 29)	2			1	1
Verlangsamung	2	1			
gelockerte Associa- tionsbahnen 30)	1				
Faseln, Danebenreden	2				1
verstiegene, verschrobe- ne Formulierungen	2				
Zerfahrenheit, Inkohä- 29) renz, Störungen der Intentionalität	3				1

Fortsetzung 1 - Tabelle 5 -

	Sch	Ss	PH	K	Ps
<u>ICH UND PERSÖNLICHKEITS-</u> <u>STÖRUNGEN</u>					
Ichstörungen 29)	1				
Entmächtigungs-, Deperso- nalisationsgefühle	1	1			
Fremdbeeinflussungsideen					1
Autismus, Abkapselung, Unzu- länglichkeit	2	2			1
subjektives Veränderungs- gefühl	1				
Kritiklosigkeit oder Gleich- gültigkeit gegen sich 30)	1		1		
mangelnde Einstellung zur Realität	2				
<u>VERSTIMMUNGEN, GEFÜHLSTÖ-</u> <u>RUNGEN</u>					
Ratlosigkeit	2				
mangelnde, affektive Modula- tionsfähigkeit 30)	<u>4</u>	<u>2</u>			<u>2</u>
Hypomimie, Unlebendigkeit im affektiven Rapport, Resonanz- losigkeit 30), affektlahm 30)					
Vitalstörungen	1				1
gedrückte Stimmung, de- pressive Symptomatik 29)	<u>5</u>		<u>1</u>		<u>2</u>
Angst, Ängstlichkeit, Lebensangst	<u>2</u>	<u>2</u>		<u>1</u>	<u>3</u>
Gereiztheit, mürrisch	1	1			
Mißtrauen					1

Fortsetzung 2 - Tabelle 5 -

	Sch	Ss	PH	K	Ps
Gespanntheit					1
Insuffizienz-Minderwertigkeitsgefühle	1				2
Schuldgefühl	1				
Affektstörungen ²⁹⁾ Paramimie ³⁰⁾ affektinadäquat	2				1
Präcoxgefühl	1				
<u>ÜBERWERTIGE IDEEN, ZWÄNGE, PHOBIEN</u>					
Hypochondrie, Neurasthenie psychosomatische Beschwerden, pseudoneurotische Beschwerden, (²⁹⁾), organoneurotische Beschwerden	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>		<u>6</u>
Überwertige Ideen (Beziehungs-, Bedeutungs-, Beeinflussungs-, Verfolgungs-ideen)	1		1		2
Zwangssymptome					2
<u>WAHN, SINNESTÄUSCHUNGEN</u>					
apophäne Gestimmtheit ³⁰⁾	1				
Befürchtungen	1				
Bedeutungserlebnisse	2				
körperliche Mißempfindungen, haptische Halluzinationen	2	1			2

Fortsetzung 3 - Tabelle 5 -

	Sch	Ss	PH	K	Ps
<u>PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN</u>					
Adynamie, Antriebslosigkeit, Interesselosigkeit, Lustlosigkeit, verflachter Interessenhorizont 30)	2	4		1	3
Gehemmtheit, Unsicherheit	2		1		
Stupor 31)	2			1	
Mutismus 31)	1	1			
Bewegungsstörungen, Bewegungshemmungen 31) Grimmassieren 31)	1	1			2
Bizarre Tageseinteilung 29), 31)	1				1

29) dieser Oberbegriff war im Krankenblatt nicht weiter differenziert.

30) dieser Begriff war expressis verbis - abweichend vom "AMP"-Schema - so im Krankenblatt verwendet.

31) das Symptom trat nur schwach ausgeprägt auf.

sches ausgesagt werden, da diese in Krankenblättern nur vereinzelt Erwähnung fand ³³⁾.

Der Umfang und die relative Unübersichtlichkeit von Tabelle 5 weisen darauf hin, daß die Symptome der untersuchten symptomarmen Schizophrenie-Patientengruppe breit gestreut sind. Dabei ergeben sich kaum signifikante Häufigkeiten. Bei den wenigen Symptomen, bei denen tatsächlich verwertbare Häufigkeiten festzustellen sind, sind die Zahlen unterstrichen. In dieser Richtung zu erwähnen sind die Affektlahmheit, die depressive Symptomatik ³⁴⁾, die Gruppe der neurasthenischen oder hypochondrischen Beschwerden und die Antriebslosigkeit. Allerdings muß man dabei betonen, daß kein Symptom, weder in der Gesamtgruppe noch innerhalb einer Untergruppe, nur annähernd für die Hälfte der Fälle konstant ist.

³³⁾ Ebenso kann in diesem Rahmen nicht auf die Wertigkeit oder den Umfang einzelner Symptome eingegangen werden (was bei der Auswertung der Quantität ja nicht unwichtig wäre); z.B. ob einzelne Symptome nicht schon Symptomenkomplexe sind? Siehe hierzu Blankenburg, W. 1971 S.4 ff.

³⁴⁾ Die depressive Symptomatik gewinnt bei den symptomarmen Fällen noch Spezifität durch den relativ häufigen Zusatz "nicht einfühlbar".

Die Symptomenaufstellung zeigt aber auch, daß sehr viele Symptome bei den symptomarmen Schizophrenen überhaupt nicht festgestellt werden können. Darunter sind so "typisch schizophrene" Symptome wie: Denksperren, Perseverationen, Gedankenabreißen, Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung, Wahnsymptomatik, akustische und optische Halluzinationen, Stereotypien, Negativismen und Neologismen.

Eine für die ganze symptomarme Gruppe gültige übergeordnete Feststellung ist, daß analog zum Mangel an "produktiven Symptomen" die Minusvarianten der schizophrenen Symptome vorherrschen (z.B. Denkhemmung und Verlangsamung, Affektlahmheit, Antriebsarmut usw.).

FALLBEISPIELE

Um das im Vorhergehenden Gesagte zu erläutern und anschaulich zu machen, werden nun kurz zusammengefasste Lebens- und Krankheitsgeschichten von je einem Fall aus den einzelnen Untergruppen wiedergegeben. Dabei kann bei der Vielgestaltigkeit der Fälle, die ja schon in der Divergenz der Symptome zum Ausdruck kam, die Darstellung eines Einzelfalles nur bis zu einem gewissen Grade typisch und spezifisch sein.

Auf die Verschiedenheit der einzelnen Fälle, auch innerhalb einer Untergruppe, wird ausführlich noch einmal im folgenden Kapitel über die Verläufe eingegangen.

1. Fall:

Symptomarme Schizophrenie

Helmut L., Jahrgang 1936, Eltern "rechtschaffenes" Handwerkerehepaar in einer Kreisstadt.

Volksschulabschluß ohne Schwierigkeiten, Pat. ging im Betrieb seines Vaters in die Glaserlehre, mit 21 Jahren dort Meisterprüfung. Vater inzwischen verstorben, Übernahme des elterlichen Geschäftes und Weiterführung als Inhaber mit Erfolg.

Pat. hatte nie Kameraden, war still und zurückgezogen. Mit 34 Jahren Verlobung und Heirat wegen

Schwangerschaft der Ehefrau, später noch ein
2. Kind.

Etwa zu dieser Zeit wurde der Pat. allmählich, begleitet von ratloser Stimmung, zunehmend interesselos an Beruf und Familie. Er litt an einem Gefühl von Unheimlichkeit. Dabei traten auch körperliche Mißempfindungen und depressiv verarbeitete hypochondrische Beschwerden auf.

Da der Pat. deswegen arbeitsunfähig war, wurde er auf Drängen der Ehefrau und der Mutter in die Klinik eingewiesen. Dort fiel neben den Symptomen eine unkritische Verarbeitung des Geschehens auf.

Nach 10-wöchiger stationärer Behandlung wieder voll arbeitsfähig. Nach Angaben der Angehörigen blieb jedoch eine leichte Persönlichkeitsveränderung (Interessenarmut) bestehen. Der Pat. selbst begibt sich fast jedes Jahr einige Wochen, "um vorzubeugen" in ambulante nervenärztliche Behandlung. Er fühlt sich dann wegen "Nervosität" geistig krank.

2. Fall:

Symptomarme Schizophrenie simplex

Manfred R., Jahrgang 1937, Vater Werkmeister in einer Großstadt, Mutter verwöhnte den Pat. als Kind (Frühgeburt), keine Geschwister.

Guter Volksschulabschluß, abgeschlossene Kaufmannslehre, als Kaufmannsgehilfe Aufnahmeprüfung für höhere Handelsschule nicht bestanden, gleichzeitig Leistungsabfall im Beruf (19-jährig).

Der Pat. war von Kindheit an ein stiller, braver und fügsamer Mensch, er hatte außer mit seinen Eltern nie echten Kontakt zu anderen Menschen.

Kurz nach dem ersten beruflichen Versagen erster Klinikaufenthalt; mit 20 Jahren bereits invalidisiert (!)³⁵⁾. Danach immer nur kurze Arbeitsperioden als Bürohilfe, Lagerarbeiter und Hilfsarbeiter; zuletzt nur noch Hausarbeiten bei den Eltern. Dazwischen insgesamt 7 Klinikaufenthalte in 12 Jahren, der letzte Aufenthalt auf Dauer.

Die Krankheitsphasen waren immer nur Dekompensationen eines Dauerzustandes, der gekennzeichnet war durch stereotype Klagen über die eigene Situ-

³⁵⁾ Es handelt sich hier um einen Defektzustand, bei dem die Ersterkrankung 6 Jahre vor dem beobachteten und geschriebenen Krankheitsauftritt auftrat. Die Problematik der Defekte und der Erst-, Zweit- und weiteren Erkrankungen wird im nächsten Kapitel behandelt. Soviel vorweggenommen: Das Kriterium der Symptomarmut wurde bei den schon vor 1960 Ersterkrankten, wenngleich der Beobachtungszeitraum hauptsächlich beschrieben wurde, anhand der früheren Krankenakten nachgeprüft.

ation besonders die Arbeitsunfähigkeit, unbestimmte allgemein körperliche Beschwerden, steifes Affektleben, Antriebslahmheit; dabei aber relativ vernünftiger Kontakt im Gespräch.

3. Fall:

Symptomarme paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

Michael W., Jahrgang 1933, Vater Zimmermann, Pat. wuchs mit 10 Geschwistern auf einem Dorf auf.

Durchschnittliche Leistungen in der Volksschule, Schwierigkeiten beim Schreiben.

Berufliche Tätigkeit ohne Ehrgeiz als landwirtschaftlicher Arbeiter, Heizer, Hausmeister und Lagerist.

Heiratete mit 29 Jahren und führt nach übereinstimmender Meinung eine "gute Ehe", 1 Kind.

Pat. wirkt geistig wenig differenziert, temperamentlos, bei gepflegtem Äußeren.

Mit 36 Jahren 1 Jahr lang schleichender Krankheitsbeginn, dann 4-wöchiger Klinikaufenthalt. Beobachtet wurden eine nicht verstehbare gedrückte Stimmung, Gleichgültigkeit, diskrete Beziehungsideen ohne Systemcharakter, Druck- und Schmerzgefühle allgemeiner Art.

Nach dem Klinikaufenthalt Umschulung zum Zimmer-

mann, arbeitet regelmäßig, geordnete häusliche Verhältnisse, Pat. fühlt sich völlig gesund.

4. Fall:

Symptomarme Katatonie

Wolfgang W., Jahrgang 1938, Vater Landwirt, Mutter einfache Bauersfrau, unauffällige Kindheit. Guter Volksschüler, Pat. wollte dann, trotz Gelegenheit dazu, keinen Beruf erlernen, half aber tüchtig auf dem elterlichen Hof mit. Er übernahm ihn mit 22 Jahren, obwohl er ledig blieb.

Unkomplizierter, wenig gewandter Mensch ohne Interessen über die tägliche Arbeit hinaus.

Mit 24 Jahren relativ plötzlicher Krankheitsbeginn, erster Klinikaufenthalt mit Angststimmung (nicht verifizierter Verdacht auf Wahnideen), Stupor, Initiativeverlust, Antriebsarmut. Mit 25 Jahren ähnlicher Klinikaufenthalt, vorausgegangen war Alkoholabusus. Mit 26 Jahren Entmündigung. Pat. lebt seither auf dem Hof bei den Eltern ohne regelmäßige Tätigkeit.

5. Fall:

Symptomarme pseudoneurotische Schizophrenie

Franz S., Jahrgang 1928, Vater war reicher Viehhändler, Mutter hatte öfter nervöse Erschöpfungszustände, Einzelkind, unauffällige Kindheit.

In der Volksschule bester Schüler, Bankkaufmannslehre, erfolgreiche Prüfung zum gehobenen Dienst mit 27 Jahren.

Enge Bindung an das Elternhaus, Typ des Junggesellen, großer Freundeskreis, keine gleichaltrige Freundin, sexuelle Erlebnisse meist mit älteren Frauen.

Mit 32 Jahren langsam angebahnte Erkrankung, erster Krankenhausaufenthalt. Von da ab hatte der Pat. kaum mehr gearbeitet, fühlte sich fortan körperlich und seelisch krank. Litt subjektiv an unbestimmten Herz- und Kreislaufbeschwerden bei ängstlich, depressiver Grundstimmung; Apathie, kindlich naive Verarbeitung der eigenen Situation.

Objektive Persönlichkeitsveränderung, in den folgenden 2 Jahren noch 2 Klinikaufenthalte, jeweils kaum gebessert entlassen.

Mit 39 Jahren Tod durch Selbstmord.

VERLAUFSBEOBACHTUNGEN

Die dargestellten Fälle zeigen 2 milde Verlaufsformen (1. und 3. Fall), wobei 1 Fall sogar völlig ohne Folgen ausheilt und 3 schwere, defektöse Verlaufsformen (2., 4. und 5. Fall).

Das Vorkommen von malignen und benignen Verläufen bei der Schizophrenie allgemein ist ja längst bekannt ³⁶⁾. Bei den symptomarmen Schizophrenien spitzt sich die Frage nach dem Schweregrad des Verlaufs aufgrund der in der Einleitung erwähnten konträren Beobachtungen ³⁷⁾ zu. Allein aus der Symptomatik, wie die Beispiele auch zeigen, läßt sich kein sicherer Hinweis auf die Prognose ableiten.

Unterlagen für die Verlaufsbeobachtung

Als Unterlagen dienten:

1. Die bearbeiteten Krankenblätter aus den Jahren 1960 - 1962, den darin enthaltenen Anamnesen, die meist durch Fremdanamnesen gestützt waren.
2. Krankenblätter aus früheren und späteren Auf-

³⁶⁾ Bleuler, M. Krankheitsverlauf Schizophrener 1941, Langfeld, G. The Prognosis in Schizophrenia 1956, Achté, K.A., Der Verlauf der Schizophrenien 1961

³⁷⁾ z.B. gegenübergestellt Rosenstein, L.M., 1933 und Wyrsh, J., 1940.

enthalten in der Nervenlinik München.

3. Krankenakten von anderen Nervenkliniken, soweit sie erreichbar waren.
4. Telefonische oder schriftliche Auskünfte von behandelnden Ärzten.
5. Von den Patienten oder ihren Angehörigen beantwortete Fragebögen.

Diese Fragebögen wurden 1968 und 1969 an die Patienten verschickt. Sie enthielten sehr wenige einfache Fragen über das augenblickliche Befinden seit der Klinikentlassung in bezug auf Berufsausübung, Familie und eventuelle Erkrankungen. Von immerhin 19 Patienten (das sind fast 60 %) wurden diese Fragebögen beantwortet wieder zurückgeschickt. Mit Hilfe der übrigen Unterlagen konnten von den 29 Patienten 25 Verläufe ausgewertet werden. Es ergaben sich Beobachtungszeiträume zwischen 5 und 32 Jahren ³⁸⁾, im Durchschnitt 8 bis 9 Jahre. Nimmt man zurückschauend noch die zum Teil beträchtlichen präklinischen Krankheitsphasen hinzu, so ergibt die längste Beobachtungszeit sogar 42 Jahre.

³⁸⁾ 12 Patienten der Gruppe hatten ihre Ersterkrankung schon vor 1960 durchgemacht.

Schweregrad des Verlaufs

Läßt man den subjektiven Leidensdruck der Erkrankung auf den Pat. unberücksichtigt, so läßt sich der Schweregrad des Krankheitsverlaufes danach beurteilen, wie sehr die Krankheit die vitalen Interessen des Pat. beeinträchtigt. Als objektive Maßstäbe für die vitalen Interessen können Beruf, Familie und weitere soziale Umwelt gelten.

So zeigt Tabelle 6 eine Aufstellung der möglichen vitalen Beeinträchtigungen durch die Schizophrenieerkrankung und ihr Vorkommen bei den einzelnen Untergruppen. Dabei ist "kein nennenswerter Einfluß" so zu verstehen, daß ein Patient seine Krankheitsphase oder Phasen durchmacht, und nach Beendigung und Erholung wieder zu seiner Arbeit und Familie zurückkehrt und weiterlebt wie vor der Erkrankung.

"Häufige Erkrankung" bedeutet, daß der Pat. zwar zwischen den Krankheitsphasen normal lebt und arbeitet, aber durch die relativ häufige Erkrankung immer wieder aus der Laufbahn herausgerissen wird und dadurch in seiner Entfaltung gehindert wird.

"Soziale Klasse" meint vereinfacht das ursprüngliche Milieuniveau, das bei jungen Patienten durch den Status der Eltern und die eigene begonnene Ausbildung, bei älteren Patienten durch den

T a b e l l e 6

Stellenwert der Schizophrenieerkrankung im
Leben der Patienten

	Sch	Ss	PH	K	B	Gesamt
nicht sicher beurteilbar	2	1			1	4
I Kein nennenswerter Einfluß	6		1		2	9
II Häufige Erkrankung	3	2			2	7
gestörter engfamiliärer Kontakt	4	1			3	8
gestörter allgemeiner Sozialkontakt	8	2		1	5	16
geringfügiger Abstieg aus der sozialen Klasse	1				3	4
III Deutlicher Abstieg aus der sozialen Klasse	2					
berufliches Scheitern	1	1		1	2	5
ausgeprägter Defektzustand	3	2		1	1	7
Daueraufenthalt	1	1				2
Tod durch Suizid	1				1	2

Anmerkung: Die Gesamtzahl der "Beeinträchtigungen" übertrifft die Patientenzahl, da pro Patient teilweise mehrere Gesichtspunkte aufgeführt sind.

selbst erreichten Status gekennzeichnet ist.

Die "vitalen Beeinträchtigungen" sind in Tabelle 6 von oben nach unten ungefähr nach ihrem Gewicht geordnet.

In der Beurteilung der Häufigkeiten einzelner "Beeinträchtigungen" zeigt sich, daß die Schwerpunkte des Scheiterns und Versagens der Patienten auf dem Gebiet des zwischenmenschlichen Kontaktes liegen, hier wiederum besonders den geselligen Kontakt betreffen. Der engfamiliäre Kontakt (bei jungen Patienten das Elternhaus, bei älteren Patienten die eigene Familie) ist dabei relativ häufig ungestört. Der berufliche Aspekt tritt demgegenüber etwas in den Hintergrund, wenngleich die aufgeführten Defektzustände das berufliche Versagen beinhalten, ohne daß dies besonders aufgeführt ist.

Aus der Aufstellung geht auch hervor, daß Patienten mit deutlicher Beeinträchtigung ihres Daseins sich relativ gut auf dem Niveau ihres sozialen Milieus halten können. Dies ist als Hinweis auf das relativ gute familiäre Einvernehmen dieser Patienten, wahrscheinlich aber auch als Hinweis auf die nicht erfolgte Ablösung vom Elternhaus zu werten.

Anzumerken wäre aus Tabelle 6 außerdem noch die

relativ seltene Notwendigkeit eines Krankenhaus-daueraufenthaltes in der symptomarmen Gruppe (nur 2 Fälle).

In Tabelle 6 lassen sich die Gesichtspunkte unter I als kennzeichnend für einen milden Verlauf, die unter II kennzeichnend für einen mittelschweren Verlauf und die Gesichtspunkte unter III schlüssig für einen schweren Verlauf der Krankheit zusammenfassen. Das heißt also, daß Patienten, die "Beeinträchtigungen" aus Gruppe II erlebt haben, einen mittelschweren Verlauf der Schizophrenieerkrankung durchmachen und Patienten mit schwerem Verlauf den Gesichtspunkten unter III unterliegen. Dabei ist natürlich noch zu beachten, daß einige Gesichtspunkte unter III andere weniger schwerwiegende Gesichtspunkte beinhalten, die dann nicht mehr gesondert aufgeführt sind.

In Tabelle 7 ist dies dann zusammengefasst. Hieraus geht dann hervor, daß die Patienten aus der symptomarmen Gruppe fast genau gleichhäufig einen milden, einen mittelschweren oder einen schweren Verlauf der Krankheit durchmachen. Dabei überwiegen aber in der Untergruppe, die nur mit Schizophrenie diagnostiziert sind, die milden Verläufe gegenüber den schweren Verläufen im Verhältnis 2:1.

T a b e l l e 7

Schweregrad der Verläufe

	Sch (n=15) Pat.	Ss (n=4) Pat.	PH (n=1) Pat.	K (n=1) Pat.	Ps (n=8) Pat.	Gesamt (n=29) Pat.
nicht sicher beurteilbar	2	1			1	4
milder Verlauf	6		1		2	9
mittel- schwerer Verlauf	4	1			3	8
schwerer Verlauf	3	2		1	2	8

Abhängigkeit des Verlaufsschweregrades von verschiedenen Determinanten ..

Im Folgenden werden nun die verschiedenen Verlaufskategorien in Abhängigkeit von Symptomenzahl, Erkrankungsalter und Krankheitseinsicht dargestellt.

a) Erkrankungsalter

Tabelle 8 zeigt die einzelnen Verlaufsformen aufgeschlüsselt nach ihrem Erkrankungsalter. Berücksichtigt man die absolute Häufigkeit der Erkrankungen im 3. Lebensjahrzehnt (übereinstimmende Beobachtungen bei der Schizophrenie insgesamt), so verschieben sich Häufigkeiten für die mittelschweren und schweren Verlaufsformen in Richtung der niedrigeren Erkrankungsalter relativ und absolut. Die leichten Verlaufsformen haben eine relative und absolute Häufigkeit im Ersterkrankungsalter in der 2. Hälfte des 3. Lebensjahrzehnts und darüber.

Ersterkrankungen jenseits des 40. Lebensjahres gelten auch in der symptomarmen Gruppe als Ausnahme. Die einzeln vorkommende schwere Verlaufsform der Ersterkrankung nach dem 40. Lebensjahr (hier Ersterkrankung mit 50 Jahren !) bedarf der Zusatzklärung, daß hier bei diesem Patienten eine mehr oder weniger deutliche

T a b e l l e 8

Schweregrad des Verlaufs in Abhängigkeit vom
Erkrankungsalter

	Erkrankungsalter (Jahre)				
	15-19 Pat.	20-24 Pat.	25-30 Pat.	30-40 Pat.	üb.40 Pat.
nicht sicher beurteilbar		3	1		
milder Verlauf		2	4	3	
mittelschwerer Verlauf	2	2	1	1	2
schwerer Verlauf	1	3	2	1	1
Gesamt (29 Pat.)	3	10	7	5	3

präklinische, geradlinige Krankheitsphase von 25 Jahren vorausging.

Die Ergebnisse aus Tabelle 8 stimmen sehr gut mit früheren Verlaufsbeobachtungen überein.

Es muß festgestellt werden, daß die symptomarme Schizophrenie sich in ihrer Beziehung zwischen Schweregrad des Verlaufs und dem Erkrankungsalter genauso wie die Schizophrenie allgemein verhält ³⁹⁾.

b) Präklinisches Intervall

Oben wurde ein 25-jähriger präklinischer Krankheitsverlauf erwähnt. In der symptomarmen Schizophreniegruppe wurde noch öfter die Beobachtung gemacht, daß längere Zeit nach anamnestisch eruierten ersten Krankheitszeichen, nach einer ersten "Episode", nach einem "Knick" oder irgendeiner Auffälligkeit erst die Diagnose gestellt werden kann. So kann man zum Zeitpunkt der Diagnosestellung umgekehrt den wahrscheinlichen Krankheitsbeginn zurückdatieren. Die Dauer des von mir so genannten "präklinischen Intervalls" geht aufgeschlüsselt nach den einzelnen Diagnoseuntergruppen aus Tabelle 9 hervor. Bei 17 Fällen (das sind rd 55 %)

³⁹⁾ siehe Mayer-Groß, W., Die Schizophrenie (Hrsg.O. Bumke), 1932 und Bleuler, M., 1941

T a b e l l e 9

Intervall zwischen den ersten Symptomen, "Episoden", Auffälligkeiten oder Persönlichkeitsveränderungen und der Diagnosestellung.

	Dauer des "Intervalls"					
	bis	1 M.-	1-2	2-4	4-10	über
	1 Mon.	1 J.	J.	J.	J.	10 J.
	Pat.	Pat.	Pat.	Pat.	Pat.	Pat.
Schizophrenie	2	4	2	1	4	2
Schizophrenie simplex		1		2	1	
Paranoid-hallu- zinatorische Schizophrenie	1					
Katatonie	1					
Pseudoneuro- tische Schizophrenie	1	2	1	2	1	1
Gesamt (29 Pat.)	5	7	3	5	6	3

wurde die Diagnose später als 1 Jahr nach dem wahrscheinlichen Krankheitsbeginn, bei 9 Fällen (das sind ca 30 %) sogar erst nach mehr als 4 Jahren nach wahrscheinlichem Krankheitsbeginn gestellt.

Während die Diagnose paranoid-halluzinatorische Schizophrenie oder Katatonie - obwohl in der symptomarmen Gruppe nicht repräsentativ vertreten - wegen des plötzlicheren Beginns sich sofort stellen läßt und bei der Untergruppe Schizophrenie und pseudoneurotische Schizophrenie alle Formen von raschem bis äußerst schleichenden Beginn vorkommen, gilt für die Schizophrenia simplex, daß sich die Diagnose nur in Ausnahmefällen früher als 2 Jahre nach Krankheitsbeginn stellen läßt.

In Tabelle 10 ist nun in etwas vereinfachter Form dieser Aspekt des Krankheitsbeginns aufgeschlüsselt nach den Schweregraden der Verlaufsform.

Als einzige signifikante Beobachtung geht daraus hervor, daß bei den milden Verlaufsformen meistens die Diagnose innerhalb des ersten Jahres nach den ersten Krankheitsanzeichen gestellt wurde. Bei den mittelschweren und schweren Verlaufsformen sind keine signifikanten

T a b e l l e 10

Schweregrad des Verlaufs in Abhängigkeit von
der Dauer des "Intervalls".

	Dauer des "Intervalls"			
	bis 1 J. Pat.	1-4 J. Pat.	4-10 J. Pat.	üb.10 J. Pat.
nicht sicher beurteilbar	1		2	1
milder Verlauf	6	2	1	
mittelschwerer Verlauf	2	4	1	1
schwerer Verlauf	3	2	2	1
Gesamt (29 Pat.)	12	8	6	3

Beziehungen zwischen der Dauer des präklinischen Verlaufs und dem Schweregrad der Verlaufsform festzustellen. Es kommen bei diesen beiden Verlaufsformen sowohl plötzliche Krankheitsbeginne als auch alle Schattierungen von schleichenden Verläufen in gleichmäßiger Verteilung vor.

c) Zahl der Symptome

In Tabelle 11 sind die Patienten der symptomarmen Gruppe, aufgeteilt nach dem Schweregrad ihrer Verlaufsform, weiter aufgeschlüsselt nach der Zahl der schizophrenen Symptome. Die Symptomanzahlen wurden aus Tabelle 3 übernommen.

Es zeigt sich, daß sich bei den einzelnen Verlaufsformen die Symptomanzahlen in einem ähnlichen Verhältnis verteilen, wie sie absolut insgesamt in der symptomarmen Gruppe zahlenmäßig verteilt sind ⁴⁰⁾.

Das bedeutet, daß der Schweregrad der Verlaufsform weder analog (je mehr Symptome desto schwerer der Verlauf), noch paradox (je we-

⁴⁰⁾ Zum Vergleich wurde - hier nicht wiedergegeben - versuchsweise die Aufschlüsselung nach der Symptonzahl und Verlaufsschweregrad bei den restlichen 42 Fällen der Vorauswahl durchgeführt. Das Ergebnis war ganz entsprechend dem in Tabelle 11.

T a b e l l e 11

Schweregrad des Verlaufs in Abhängigkeit von
der Zahl der Symptome

	Zahl der Symptome		
	3 Pat.	4 Pat.	5 Pat.
nicht sicher beurteilbar		3	1
milder Verlauf	1	3	5
mittelschwerer Verlauf		3	5
schwerer Verlauf	2	4	2
Gesamt (29 Pat.)	3	13	13

niger Symptome desto schwerer der Verlauf) zur Zahl der Symptome korreliert. Es kommen also bei Patienten mit gleicher Symptomenanzahl gleichmäßig milde, mittelschwere und schwere Verläufe vor.

d) Krankheitseinsicht

Die Ichstärke im Vergleich zum schizophrenen Krankheitsgeschehen ist ein wichtiger Aspekt der Schizophreniebetrachtung ⁴¹⁾.

Differenziertere Angaben über die Ichstärke der Patienten der symptomarmen Gruppe (z.B. die bereits erwähnte Ablösung vom Elternhaus) waren in dem vorliegenden Unterlagenmaterial zu inkonstant für eine stichhaltige Auswertung. Zum Beispiel wurde bei 3 Patienten aus der symptomarmen Gruppe (bezeichnenderweise milde Verläufe) klinisch der Verdacht auf Dissimulation von produktiven Symptomen geäußert.

Die Krankheitseinsicht wird hier als relativ leicht objektivierbarer, konstant verwertbarer Teilaspekt der Ichstärke betrachtet.

⁴¹⁾ Sechehaye, M.-A., Des divers aspects du Moi Schizophrénique, 1964; Pohlen, M., Schizophrenie Psychose, Ein Beitrag zur Strukturlehre des Ichs, 1969.

Die Dreiteilung der verschiedenen Grade von Krankheitseinsicht in Tabelle 12 erscheint sinnvoll: Volle Krankheitseinsicht ist dann festzustellen, wenn sich der Patient sowohl während einer Krankheitsphase für psychisch krank hält, als auch diese Einsicht nach Beendigung der Krankheitsphase reflektieren kann. Unvollständige Krankheitseinsicht ist dann gegeben, wenn der Patient zwar irgendein Krankheitsgefühl äußert, dies aber womöglich somatisch projiziert. Dieser Mangel an Krankheitseinsicht kann sowohl in der Krankheitsphase als auch im freien Intervall oder in beiden Zeiträumen auftreten.

Die Krankheitseinsicht fehlt völlig, wenn der Patient sowohl in der Krankheitsphase sich für nicht krank hält oder nicht darüber nachdenkt, als auch nach Remission oder Teilremission keinerlei Distanz zum Krankheitsgeschehen gewinnen kann.

Tabelle 12 zeigt eindeutig, daß die milden Verlaufsformen signifikant mit vollkommener oder teilweiser Krankheitseinsicht korrelieren. Die mittelschweren Verlaufsformen verhalten sich hierin indifferent, während die schweren Verlaufsformen sich durch unvollständige

T a b e l l e 12

Schweregrad des Verlaufs in Abhängigkeit
von der Krankheitseinsicht

	Krankheitseinsicht		
	vorhanden Pat.	vermindert Pat.	fehlt Pat.
nicht sicher beurteilbar	2	2	
milder Verlauf	5	4	
mittelschwerer Verlauf	3	3	2
schwerer Verlauf	2	3	3
Gesamt (29 Pat.)	12	12	5

oder fehlende Krankheitseinsicht auszeichnen. Dies wird noch dadurch verdeutlicht, daß die beiden schweren Verlaufsformen mit vollkommener Krankheitseinsicht bei den beiden Patienten festzustellen waren, die durch Suizid ad exitum gekommen waren (s. Tabelle 6 unten).

Als absolute Feststellung kann man aus Tabelle 12 entnehmen, daß bei völlig fehlender Krankheitseinsicht ein milder Verlauf äußerst unwahrscheinlich oder sogar völlig auszuschließen ist.

Modalitäten des Klinikaufenthaltes

Basierend auf Beobachtungen, daß milde verlaufende Schizophrenieformen, besonders wenn sie symptomarm sind, sich im ambulanten Krankengut finden oder ärztlich überhaupt nicht erfasst sind, könnte man fragen, wie notwendig ein Klinikaufenthalt ist.

Die selbe Frage könnte man stellen, wenn man bei den schweren Verlaufsformen Fälle sieht (3 Patienten), die jahrelang oder auf Dauer ohne Klinik- oder Krankenhausaufnahme auskommen (bei der Fragebogenaktion festgestellt).

Die Gründe, die bei den symptomarmen Schizophrenien zur stationären Einweisung geführt haben, können die absolute oder relative Notwendigkeit

der stationären Klinikaufnahme beleuchten. Sie sind in Tabelle 13 von oben nach unten geordnet nach Wertigkeit oder dem Grad ihrer Notwendigkeit wiedergegeben.

Oberhalb der gestrichelten Linie sind die Gründe zur stationären Einweisung als äußerlich oder indirekt zu bezeichnen, während unterhalb der gestrichelten Linie Krankheitssymptome wiedergegeben sind, die zur stationären Einweisung führten. Daraus folgt, daß höchstens die Hälfte der Patienten wegen ihrer schizophrenen Krankheitssymptome zur stationären Aufnahme kommen.

Im Gegensatz dazu ist es ja für die "normale" paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, die Katatonie und für die meisten Hebephrenien geradezu typisch, daß sie wegen ihrer schizophrenen Symptome zum Arzt und zur stationären Klinikaufnahme kommen.

In der oberen Gruppe von Einweisungsgründen in Tabelle 13 ist ein Teil des nur zufällig mit der später gestellten Diagnose zusammenhängend zu bezeichnen, ein anderer Teil ist als dumpfer Krankheitsverdacht zusammenzufassen, die stationäre Einweisung erfolgt also hauptsächlich zum Zweck der Diagnosestellung. (Dieser Aspekt entspricht der Strukturbesonderheit einer psychia-

T a b e l l e 13

Gründe der stationären Klinikeinweisung

	Sch (n=15)	Ss (n=4)	PH (n=1)	K (n=1)	Ps (n=8)	Gesamt (n=29)
Gutachten	2					2
somatische Beschwerden	1		1		2	4
eigenes psy- chisches Krank- heitsgefühl	1			1	2	4
Mißerfolge, Arbeitsun- fähigkeit	4	3	1		5	13
seelische Konflikte					1	
						(22)
Zwänge					2	2
auffälliges Verhalten	3	1		1		5
aggressives Verhalten	2	1			2	5
auffällige Lebensweise	2	1			1	4
Selbstgefähr- dung (Suizid- gef.)	3					3
						(19)

Anmerkung: Wie in Tabelle 6 übertrifft hier die Gesamtzahl der Gründe die Patientenzahl, da bei manchen Patienten zwei gleichwertige Gründe maßgebend waren.

trischen Universitätsklinik).

Verschiedene Beobachtungen haben darauf hingewiesen, daß der Weg der symptomarmen Schizophreniepatienten von Krankheitsbeginn bis zur Diagnosestellung manchmal ein längerer, manchmal auch ein mit Irrtümern behafteter Weg ist.

In Tabelle 14 sind die Diagnosen zusammengestellt, die die Patienten der symptomarmen Gruppe in irgendeiner Form schon durchlaufen haben. Dabei scheint die Schizophreniediagnose immer der Endpunkt zu sein.

Gegensätzlich dazu taucht bei den in dieser Arbeit erhobenen Katamnesen nur ein einziger Fall auf, bei dem nach gestellter Schizophreniediagnose nach 5 Jahren in einem anderen Krankenhaus die Verdachtsdiagnose atypische Depression gestellt wurde. Bei allen anderen Patienten bestätigte sich, wenn die Patienten nicht sowieso gesundet sind, die im Beobachtungszeitraum gestellte Diagnose.

Symptomarme Defektschizophrenie

Bei insgesamt 11 Patienten aus der symptomarmen Gruppe wurde irgendwann einmal in ihrem Krankheitsverlauf die Zusatzdiagnose "Defekt" gestellt, und zwar bei 4 Patienten vor 1960, bei 7 Patienten im Beobachtungszeitraum 1960 - 1962 und bei 1 Patienten nach 1962. Abgesehen davon, daß 3

T a b e l l e 14

Vor der Schizophreniediagnose gestellte Verdachtsdiagnosen, Einweisungsdiagnosen und vorläufige Diagnosen.

	Sch	Ss	PH	K	Ps	Gesamt
<u>Neurosen</u> (hypochondrisch, phobisch, Zwangs-, Anorexie, Organ-)	2x	1x			4x	7x
Entwicklungskrisen (Reifungs- Pubertäts-)	2x	1x			1x	4x
Verstimmungszustände	1x					1x
Erschöpfungszustände					2x	2x
<u>Psychopathien</u> (abnorme Persönlichkeit, degeneré, superior, labile Pers.)	4x				2x	6x
Schizoid					1x	1x
<u>atypische endogene Psychosen</u>	2x				3x	5x
<u>Depressionen</u> (agitierte, manisch-depr., endogene, depr.-paran. Zustandsbild.)	4x	1x	1x		2x	8x
<u>hirnorganische Störungen</u> (z.B. Cushing-Syndrom)	2x	1x				3x
primär richtig gestellte Diagnosen	3x	1x		1x		5x

Patienten als sogenannte "leichte Defekte" im Sinne von leichten Persönlichkeitsveränderungen bezeichnet worden sind, zeigt der Vergleich mit diesen 11 "Diagnose-Defekten" den in Tabelle 6/III ausgewiesenen 7 ausgeprägten Defektzuständen ein deutliche Diskrepanz.

Dies läßt sich daraus erklären, daß unter "Defekt" eine Summe von für die Schizophrenieerkrankung spezifischen und unspezifischen Teilaspekten verstanden wird. Defekt bedeutet dabei etwas Bleibendes, was es aber nicht immer ist (ein als defekt-schizophren diagnostizierter Patient aus der symptomarmen Gruppe war katamnestisch nach einem weiteren zweiten Krankheits-schub völlig beschwerdefrei und hatte ein normales Familien- und Berufsleben !). Besonders im Hinblick auf die symptomarme Schizophrenie ist Kritik an dem Defektbegriff angebracht, da der Mangel an Ausdrucksfähigkeit des Kranken in bezug auf die Symptome, der als Defekt verstanden werden kann, nicht etwas krankhaftes sein muß, sondern im Gegenteil eine Position der Stärke gegenüber der Krankheit (s. oben den Hinweis auf Verdacht auf Dissimulation von Symptomen).

Von den 11 genannten Defekten traten 6 nach dem ersten Krankheitsschub, 4 nach dem zweiten und 1

einzigster nach dem dritten Krankheitsschub auf. Tabelle 15 faßt noch einmal die angesprochene Nichtübereinstimmung zwischen Defektdiagnose und Verlauf zusammen.

Suizidgefährdung der symptomarmen Schizophrenie

Wie aus Tabelle 6 ersichtlich, sind 2 Patienten aus der symptomarmen Gruppe nach 4-jährigem bzw. 7-jährigem Krankheitsverlauf durch Suizid ad exitum gekommen. In Tabelle 12 wurde gesondert darauf hingewiesen, daß die beiden Suizidpatienten sich in der Gruppe der schweren Verlaufsformen durch vollkommene Krankheitseinsicht auszeichneten. Dies scheint demnach eine besonders ungünstige Konstellation zu sein: schwerer Krankheitsverlauf im Zusammenhang mit vollkommener Krankheitseinsicht.

Gemäß dem Hervortreten der depressiven Symptomatik in Tabelle 5 läßt sich auch von dieser Seite eine Suizidgefährdung vermuten. Tatsächlich haben von den übrigen 27 Patienten 5 Patienten Suizidabsichten geäußert, 2 davon hatten, wie in Tabelle 13 angedeutet, mehr oder weniger ernsthafte Suizidversuche vor der Klinikaufnahme unternommen. Die so suizidgefährdeten Patienten gehörten alle der Gruppe mit den mittelschweren oder schweren Verlaufsformen an.

T a b e l l e 15

Verlauf der Defektdiagnosen

	Gesamt	davon Defekt	ca %
milder Verlauf	9	2 ⁴²⁾	20 %
mittelschwerer Verlauf	8	3 ⁴³⁾	40 %
schwerer Verlauf	8	6 ⁴⁴⁾	75 %

⁴²⁾ Davon 1 "leichter Defektzustand"

⁴³⁾ Davon 2 "leichte Defekte"

⁴⁴⁾ 1 schwerer Defektzustand aus Tabelle 6
war klinisch nicht entsprechend diagnosti-
ziert.

DISKUSSION

Die vorliegenden Ergebnisse wurden nur aus schriftlichem Material über die untersuchten symptomarmen schizophrenen Patienten gewonnen. Diese Beobachtungsweise bleibt mehr an der Oberfläche und erstreckt sich auf augenfällige, äußerliche Erscheinungsphänomene des Krankseins. Differenziertere Betrachtung, vor allem im psychopathologischen Bereich, sind aus diesem Material nicht möglich und nicht zu erwarten.

Andererseits eröffnet die Darstellung des "oberflächlichen" Krankheitsmaterials den Zugang zu zahlenmäßig breiteren Aussagen. So war die Auswahl der symptomarmen Fälle nach numerischen Gesichtspunkten in Unkenntnis der Gesamterscheinung und der Charakterstruktur der Patienten sicher ungestörter und "unbedarfter" zu treffen, wenngleich man damit eine geringe Möglichkeit zu Fehlern in Kauf nimmt.

Insgesamt lassen sich die Ergebnisse in 2 Kategorien einteilen.

I. In qualitativer Hinsicht werden die bekannten Tatsachen der Schizophrenielehre von den symptomarmen Fällen voll bestätigt. Zu nennen sind hier die Übereinstimmung im Erkrankungsalter, die Abhängigkeit von Prognose und Erkrankungs-

alter, der Einfluß der "Geschwindigkeit" des Krankheitsbeginns auf die Prognose und die Unabhängigkeit des Verlaufs von der absoluten Zahl der Symptome.

Eine kleine Ausnahme von dieser Feststellung stellt die Symptomatik dar: Bei den symptomarmen Fällen unterscheiden sich die Symptome auch in qualitativer Hinsicht von den Symptomen, wie sie bei den symptomreicheren Schizophreniefällen bekannt sind; z.B. Unproduktivität, "Minusvarianten" und depressive Färbung.

- II. Der Übereinstimmung in qualitativer Hinsicht stehen deutliche quantitative Verschiebungen in der symptomarmen Gruppe im Vergleich zur Gesamtschizophrenie gegenüber. Hervorzuheben sind besonders die Symptomenzahl, die differente Aufteilung der Fälle in die Diagnoseuntergruppen und der relativ höhere Anteil an milden Verläufen (über 30 %).

Innerhalb der symptomarmen Gruppe konnten die Unterschiede zwischen milden und schweren Verlaufsformen nur durch bereits bekannte Gesetzmäßigkeiten der Schizophrenielehre erklärt werden. Die Frage nach der Ursache der Symptomarmut blieb bei den schwereren Verlaufsformen unbeantwortet. Bei

den milden Verläufen bot sich ein noch weiter zu prüfender Ansatz, der die Symptomarmut aus der relativen Ichstärke der Patienten erklärt.

Die Therapie blieb wegen der vielfach noch ungeklärten Wechselwirkung zwischen Spontanheilung und Therapieerfolg in toto unberücksichtigt.

Auch blieben die Patienten der symptomarmen Gruppe teilweise überhaupt unbehandelt. Teilweise wurden sie nur kurzfristig und teilweise längerfristig nach den damals üblichen Prinzipien mit Psychopharmaka, Elektro- und Insulinschock behandelt. Nach heutigen Auffassungen erfolgversprechendere Methoden wie die Einstellung des Lithiumspiegels waren damals noch nicht inauguriert. Über die Psychotherapie liegen nur zwei katamnestische, nicht repräsentative Hinweise vor.

ZUSAMMENFASSUNG

Aus 279 Krankengeschichten von Schizophrenen in drei Jahrgängen 1960 - 1962 wurden 29 Patienten aufgrund ihrer zahlenmäßigen Symptomarmut ausgewählt. Diese Gruppe von symptomarmen Schizophreniefällen wurde auf Symptomatik und Verlauf untersucht. Die vorhandenen Unterlagen wurden durch eine katamnestische Fragebogenaktion ergänzt. Die Dauer der beobachteten Krankheitsverläufe reichte von 4 bis 42 Jahre, im Durchschnitt 8 - 9 Jahre.

Viele bekannte Tatsachen der Schizophrenielehre hatten auch für die symptomarme Gruppe Gültigkeit. Quantitative Unterschiede zur Schizophrenie allgemein ergaben sich aus einer anderen Zusammensetzung der Diagnoseuntergruppen (katatone und paranoid-halluzinatorische Fälle fehlen fast ganz; Schizophrenia simplex und pseudoneurotische Schizophrenie sind häufiger aber nicht ausschließlich in der symptomarmen Gruppe vertreten; etwa die Hälfte der symptomarmen Fälle sind nur mit "Schizophrenie" diagnostiziert), aus einem Überwiegen der unproduktiven, depressiven und "Minusvarianten"-Symptome und dem höheren Anteil an milden Verläufen (ein Drittel). Die milden Verläufe sind besonders bei den oben erwähnten (nur) Schizophrenie-Diagnosen zu finden (6 von 15 Fällen).

Literaturverzeichnis

- Achté, K.A.: Der Verlauf der Schizophrenie und der schizophreniformen Psychosen, Acta Psych. Scand., Heft 38: Suppl. 155/1961.
- Ders.: Schizophrenic Patients in 50/52 and 57/59, a comparative study, Psychiat. Quarterly 41 Nr. 3, New York 1967.
- Arieti, S. (Hrsg.): American Handbook of Psychiatry, Volume one, New York 1959/1966, Chapter 23.
- Blankenburg, W.: Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit, ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien, Beiträge aus der allg. Medizin Heft 21, Stuttgart 1971, S. 1-10.
- Bleuler, E.: Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien, Handbuch der Psychiatrie (Hrsg. G. Aschaffenburg), Bd IV 1. Hälfte, Leipzig und Wien 1911.
- Ders.: Lehrbuch der Psychiatrie, 10. und 11. Aufl. (Hrsg. M. Bleuler), Berlin-Heidelberg-New York 1966 und 1969, S. 356 - 388, 407.
- Bleuler, M.: Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen, Leipzig 1941.
- Bornstein, M.: Schizothymia reaktiva, Warschau 1916 und Zeitschr. f.d.ges.Neurol. 1 u. 2, 1917.
- Conrad, K.: Die beginnende Schizophrenie, Sammlung psych. u. neurol. Einzeldarstellungen, Stuttgart 1958.
- Cornu, F.: Katamnestische Erhebungen über den Verlauf einfacher Schizophrenien, Psychiat. et Neurol. 135, Basel 1958, S.129 ff und S.164.
- Ders.: Psychodynamische und pharmakotherapeutische Aspekte bei einfachen Schizophrenien, Psychiat. et Neurol. 139, Basel 1960.

- Diem, O.: Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex) Ein klinischer Beitrag zur Kenntnis der Verblödungspsychosen, Arch. Psychiat. 37, 1903, S.111 ff..
- Dietrich, H.: Psychiatrie in Stichworten, Stuttgart 1909, S. 35-38.
- Friedmann, A. und Gaupp: Paranoia mitis, Med. germ., hisp., americ. Jg. 2 Nr. 1, 1924.
- Hoch, P.H. and Polatin, P.H.: Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia, Psychiat. Quarterly 23, New York 1949, S.248 ff..
- Hoch, P.H. et alii (Catell, Strahl and Pennes): The course and outcome of pseudoneurotic schizophrenia, J. Amer. Psychiatry 119/2, 1962, S.106 ff..
- Jakob, H.: Stumme Symptome und Symptomverschmelzung bei endogenen Psychosen, Fortschr. Neurol. Psychiat. 32, 1964, S.188 ff..
- Kahn, E.: A schizophrenic Process with isolated splitting, Americ. J. of Psychiatry, 1932.
- Kronfeld, A.: Einige Bemerkungen über Schizophrenia mitis, Der Nervenarzt 1, 1928, S.46-51.
- Langfeldt, G.: The Prognosis in Schizophrenia, Acta Psych. et Neurol. Scand. Suppl.110, 1956.
- Ders.: Defektschizophrene Krankheitsbilder, Sammlung psych. u. neurol. Einzeldarstellungen Band XI, Leipzig 1936.
- Leonhard, K.: Die Aufteilung der endogenen Psychosen, Berlin 1957.
- Mayer-Gross, W.: Die Schizophrenie, Handbuch der Geisteskrankheiten (Hrsg. O. Bumke) Bd. IX, Kap. V, Berlin 1932.
- Pohlen, M.: Schizophrene Psychosen. Ein Beitrag zur Strukturlehre des Ichs, Bern-Stuttgart-Wien, 1969.
- Reichhardt, S.: Schizophrenia simplex, Allg. und spez. Psychiatrie, Jena 1918.

Ristic, J. und Wolf, N.: Pseudoneurotische Form der Schizophrenie, W.Z. Nervenkr. 24, 1966, S. 55 ff..

Rosenstein, L.M.: Das Problem der milden Schizophrenieformen Schizophrenia mitis und Schizothymia, Z. Neur., Berlin 1933, S.298-312.

Schneider, K.: Primäre und sekundäre Symptome bei der Schizophrenie, Fortschr. Neurol. Psychiat. 25, 1957, S.487 ff..

Sechehaye, M.-A.: Des divers aspects du Moi schizophrénique. Schizophrenie, 3 e Symp.int., Lausanne 1964 (Basel-New York 1965), S.1-6.

Weitbrecht, J.J.: Psychiatrie im Grundriß, 1. und 2. Aufl., Berlin-Heidelberg-New York 1963 und 1968.

Wyrsch, J., Zur Psychopathologie einfacher Schizophrenien, M.schr. f. Psychiat. u. Neurol. 102, 1940, S.75-105.

Ders.: Zur Psychotherapie symptomarmer Schizophrenien, M.schr. Psychiat. 110, 1945, S.237-243.

Lebenslauf

Am 21. August 1944 wurde ich als zweiter Sohn des Zahnarztes Dr. Georg Hahn und der Lehrerin Else Hahn, geb. Ritzer, in Bayreuth geboren.

Meine Kindheit verbrachte ich hauptsächlich in München, wo ich im September 1950 die Volksschule an der Blumenstraße besuchte. 1954 trat ich dann in das Theresiengymnasium über, an dem ich 1963 mein Abitur ablegte.

Nach einem Semester Zahnmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität absolvierte ich ebenfalls dort ab Mai 1964 das Studium der Humanmedizin. Nach dem Vorphysikum 1965 und dem Physikum 1966 schloß ich im Dezember 1969 mit dem Staatsexamen ab.

1970 heiratete ich die Lehrerin Gerburg, geb. Pöschl.

Nach Medizinalassistentenstellungen in Günzburg, Mindelheim und Ebersberg ging ich nach meiner Approbation im März 1971 als chirurgischer Assistenzarzt an das Dominikuskrankenhaus in Berlin, wo ich auch noch jetzt meine Fachweiterbildung in Chirurgie betreibe.

